

豊田ゆうあいの里

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

重要事項説明書

当事業者が提供する短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（以下「事業」という。）の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 遠州中央福祉会
主たる事務所の所在地	〒438-0818 磐田市下万能700番地
電話番号	0538-39-3370
法人の種別	社会福祉法人
代表者職	理事長
代表者氏名	安田 博俊

事業所の名称	豊田ゆうあいの里ショートステイ
事業所の所在地	〒438-0818 磐田市下万能700番地
介護保険事業所番号	2276900087
指定年月日	平成17年10月7日
交通の便	遠州鉄道下万能停留所又はJR豊田町駅から徒歩15分
通常の送迎の実施地域	磐田市、袋井市、森町
第三者評価の実施の有無	有 ・ (無)

2. 事業者の職員の概要

令和7年6月1日現在

職 種	員 数	勤 務 の 体 制	
管理者	1人	常勤（兼務）1人	
生活相談員	2人	常勤（兼務）1人	非常勤 1人
看護職員	1人	常勤（兼務）1人	非常勤 0人
介護職員	14人	常勤 8人	非常勤 6人
管理栄養士	2人	常勤（兼務）2人	非常勤 0人

3. 事業所の概要

定員	20人 ・空床利用型 特別養護老人ホームの定員10名以内
居室	・個室 20室 (1室 13.25㎡ 洗面設備付)
浴室	・各ユニット 個人浴室 ・特殊浴室 (ストレッチャー式入浴装置、リクライニング式車椅子入浴装置)
共同生活室	各ユニット 1室 83.06㎡
その他の設備	医 務 室 18.00㎡

4. 事業の運営方針

- (1) 事業所の職員は、地域住民が要介護・要支援状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- (2) 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、関係市町村、地域の保健医療サービス機関及び居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者や他の居宅サービス事業者等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (3) 介護予防サービスの提供に際し、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し生活の質の向上に資するサービス提供を行います。また利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行い、利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行います。

5. 利用料金

- (1) 事業の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、保険対象サービス費用の1割又は2割、又は3割です。負担割合については、保険者である市町からあなたに対して交付されます介護保険負担割合証に記載があります。
ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

短期入所生活介護基本料金

人員配置3：1の場合

介護度	(併設型ユニット型) 基本単位
要介護 1	704単位／日
要介護 2	772単位／日
要介護 3	847単位／日
要介護 4	918単位／日
要介護 5	987単位／日
長期利用 61日以降	要介護1 670加算／月 要介護2 740加算／月 要介護3 815加算／月 要介護4 886加算／月 要介護5 955加算／月

加算料金

加算名称	基本単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位／日
送迎加算（片道）	184単位／回
夜勤職員配置加算Ⅱ	18単位／日
夜勤職員配置加算Ⅳ	20単位／日
看護体制加算Ⅰ	4単位／日
看護体制加算Ⅱ	8単位／日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位／月
緊急短期入所受入加算	90単位／日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の14.0%加算／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の13.6%加算／月

※磐田市、袋井市及び森町は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数に10.17円を乗じた金額の1割又は2割、又は3割が自己負担となります。

※緊急短期入所受入加算については、該当指定短期入所生活介護を行なった日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等のやむを得ない事情がある場合は14日）を限度とする。

介護予防短期入所生活介護基本料金

	（併設型ユニット型）基本単位
要支援 1	529単位／日
要支援 2	656単位／日
長期利用 31日以降	要支援1 （ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の75に相当する単位数／日 要支援2 （ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の93に相当する単位数／日

加算料金

サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位／日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位／月
送迎加算（片道）	184単位／回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の14.0%加算／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の13.6%加算／月

※磐田市、袋井市及び森町は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数に10.17円を乗じた金額の1割又は2割、又は3割が自己負担となります。

※ 2割負担の方は、65歳以上の方で、合計所得金額が160万円以上の方です（単身で年金収入のみの場合、年収280万円以上）

ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実際の収入が280万円に満たないケースや65歳以上の方が2人以上いる世帯で収入が低いケースがあることを考慮し、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上の世帯で346万円未満の場合は1割負担になります。

※ 3割負担の方は、65歳以上の方で、合計所得金額が220万円以上の方です。ただし、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割又は1割負担になります。その他の費用

ア 滞在費 1日につき2,480円

イ 食費に関する費用 1日 1,445円（朝350円、昼625円、夕470円）

第1段階から第3段階に該当するかは、あなたの申請により保険者である市町からあなたに対して交付されます介護保険負担限度額認定証に記載されます。

第1段階	市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者生活保護受給者
第2段階 (年金収入等※80万円以下)	単身 650 万円、夫婦 1,650 万円
第3段階① (年金収入 80 万円超 120 万円以下)	単身 550 万円、夫婦 1,550 万円
第3段階② (年金収入 120 万円超)	単身 500 万円、夫婦 1,500 万円

負担限度額 （1日分 単位：円）

	1段階	2段階	3段階
居住費	880円	880円	1,370円
食費	300円	600円	① 1,000円 ② 1,300円

ウ 入居者が選定する特別な食事の提供に要する費用 実費

エ 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した費用

実施地域を越えて1Km25円とする。

オ 理美容代 実費

カ 日常生活においても通常必要となるもので、利用者の負担が適当と認められる費用
実費

(2) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月20日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、月末までにお支払いください。支払方法は、原則として、口座自動引き落とし、やむを得ない場合は当施設指定の口座への振込か現金支払でお支払いください。

(3) キャンセル料

あなたのご都合により短期入所生活介護をキャンセルした場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合

入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
入所日の当日午前中入所予定で午前8時までにご連絡いただいた場合	
入所日の当日午後入所予定で午後3時までにご連絡いただいた場合	
午前入所予定または、午後入所予定の方は上記の時間までにご連絡がない場合	1日の基本料金の 50%

- ・午前9時以降にキャンセルがあった場合、昼食代のみをお支払いいただきます。

イ 入所中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(4) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口提供して差額（介護保険適用部分の9割又は8割、又は7割）の払い戻しを受けてください。

6. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ・当事業者に電話でお申込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、事業の内容等についてご説明します。
- ・この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が短期入所生活介護計画・介護予防短期入所生活介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）
- ・あなたが居宅サービス計画・介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

終了を希望する日の3日前までに文書で申し出ること、サービスを終了することができます。

イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の15日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入院又は入所した場合
- ・あなたの要介護区分・要支援区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

7. サービス利用に当たっての留意事項

面会	: 新型コロナウイルス感染防止対策を講じたご面会をお願いしております。※感染状況により実施する対策が異なります。
外出	: 必ず行き先と帰宅時間を届け出てください。
喫煙	: 施設内は禁煙です。
飲酒	: 飲酒は禁止です。
設備、器具の利用	: 本来の用途に従って利用できます。
所持品の持ち込み	: 貴重品の持ち込みは、なるべくお控えください。
政治・宗教活動等	: 迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
ペット	: 持ち込み禁止です。
迷惑行為	: 退所の対象となります。
その他	: 利用者の内服薬、外用薬等のご利用期間分は必ずご持参ください。

8. サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

内 容	: 食事	: 管理栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 利用者の自立支援に配慮し、できるだけ離床して共同生活室にて食事をとっていただきます。
	排泄	: 利用者の状況に応じて、適切な介助を行い、利用者の自立援助を行います。
	入浴・清拭	: 1週間に2回以上、適切な方法により利用者を入浴させ、又は清拭を行います。
	健康管理	: 看護職員は、常に利用者の健康状況に注意し、健康管理に努めます。
	その他	: 生活のリズムを考え、離床、着替え、整容その他日常生活上のお世話を適切に行います。 教養娯楽設備等を充実するとともに、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行います。

- ・ サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- ・ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意を払います。

9. 担当の職員

あなたを担当する事業所の職員は以下のとおりです。

生活相談員	大場 智之
看護職員	各担当看護職員
介護職員	各ユニット担当

10. 緊急時の対応方法

事業の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医、当事業者の協力医療機関等に連絡します。

主治医	医療機関名 氏 名	
	連絡先	
協力医療機関	氏 名	磐田市立総合病院
	連絡先	磐田市大久保 512-3 Tel(0538)38-5000
緊急連絡先	氏 名	
	連絡先	

11. 事故発生時の対応方法

- (1) 事業の提供中にあなたに事故が発生した場合は、市町村、あなたの家族、あなたに係わる居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事業を提供する上で、この説明書の重要事項に違反し、又は事業者の責に帰すべき事由によりあなたの生命、身体、財産等に損害を与えた場合には、その損害を速やかに賠償する義務を負います。
- (3) 施設での事故予防、再発防止については、事故対策担当者を配置し、事故発生防止のための指針の整備、定期的に事故対策委員会の開催、職員研修を実施します。

12. 非常災害対策

非常時の対応 近隣との協力関係	別途定める「特別養護老人ホーム豊田ゆうあいの里消防計画」にのっとり対応を行います。磐田市消防団豊田方面隊第4分団、下万能自主防災会及び宮之一色自主防災会と応援協定を締結しており非常時には協力体制が整っています。又夜勤勤務者の他に、守衛員を毎夜配置して夜間の防災体制を強化しています。
平常時の防災訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム豊田ゆうあいの里消防計画」にのっとり非常災害発生を想定して防災訓練を実施し、災害発生時の被害の発生を防止するよう努めます。訓練には地域住民の方に参加していただき実施します。
防災設備	居室を含む建物には、スプリンクラー設備、火災通報設備及び消火設備が設置されています。
消防計画	消防署への届出：令和6年5月9日 防火管理者：鈴木一弘 内容：別途「特別養護老人ホーム豊田ゆうあいの里消防計画」

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

- ①感染症の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会をおおむね 3 ヶ月に 1 回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- ②感染症及びまん延の防止のための指針の整備をします。
- ③感染症及びまん延の防止の為の研修会及び訓練を定期的に実施します

虐待防止担当者：短期入所生活介護事業所主任

(1) 苦情相談窓口 電話番号 0538-39-3370

(2) 苦情受付担当者 大場智之

(3) 苦情処理責任者 鈴木康成

(4) 市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

8

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

1 9. 地域との連携等

事業所は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

(事業者)

所在地 静岡県磐田市下万能700番地

名称 豊田ゆうあいの里短期入所生活介護事業所

説明者

この説明書により、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護に関する重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所

氏名

(代理人)

住所

氏名 続柄

※代理人本人の直筆自署でない場合は、押印が必要となります。

社会福祉法人 遠州中央福祉会 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

(1) 使用する目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のため
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用・業務の維持にかかわる管理運営のため
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤学生及び資格取得のための実習へ協力する場合
- ⑥介護保険、健康管理、国民年金、国民健康保険、後期高齢者医療に係る個人番号関係の事務手続きが必要な場合

(2) 使用に当たっての条件

- ①個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

(3) 使用する期間

契約締結日から遠州中央福祉会介護保険サービスの契約終了日までの間とする。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

(ご家族) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

※代理人本人・ご家族本人の直筆署名でない場合は押印が必要となります。

◆肖像権について

当法人のホームページ・SNS・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきまして以下を○で囲んでください。

・ 同意する

・ 同意しない

令和6年10月1日改定